

Múltiples disecciones coronarias espontáneas asociadas a lesión de tronco coronario izquierdo tratadas con *stents*. Múltiples fracturas de *stents* detectadas por TC multicorte a largo plazo

Sr. Editor:

Presentamos un caso poco común de un paciente joven con factores de riesgo coronario y consumidor esporádico de cocaína, que presentó un síndrome coronario agudo con lesión de tronco coronario izquierdo (TCI) y múltiples disecciones coronarias espontáneas (DCE) que fue tratado con *stents* recubiertos de sirolimus, largos y solapados. A los 9 meses, mediante tomografía computarizada (TC) de 64 cortes, se detectaron fracturas completas y circunferenciales en el *stent* no relacionadas con ninguna complicación. A raíz de este caso, se discuten brevemente dos aspectos interesantes: la asociación de una lesión de TCI y múltiples DCE tratadas percutáneamente con *stent* y el diagnóstico y el impacto clínico a largo plazo de la presentación de múltiples fracturas de los *stents*.

Varón de 44 años, fumador, consumidor esporádico de cocaína y con hipertrigliceridemia, que acudió a urgencias por dolor torácico. Se realizó una tomografía computarizada por emisión monofotónica (SPECT) con ^{99m}Tc -mibi, que mostró isquemia extensa anterolateral. La coronariografía mostró una lesión severa ostial de TCI y DCE múl-

tiples y espiroideas a nivel de la arteria descendente anterior (ADA) media y distal, primera diagonal y coronaria derecha media y distal (fig. 1A y B). La ADA media-distal se rellenaba por circulación colateral heterocoronaria (fig. 1B). Durante la cateterización, el paciente empezó con dolor torácico e hipotensión, por lo que se implantó un *stent* directo, recubierto de paclitaxel, de 4×12 mm en el TCI y tres *stents* recubiertos de sirolimus, solapados a nivel de la ADA (de distal a proximal: 3×33 , 3×28 y $3,5 \times 28$ mm) con posdilatación con balón de $3,75 \times 8$ mm. El resultado final por angiografía y ecografía intracoronaria (IVUS) fue satisfactorio, y se comprobó que no hubiera saltos entre los *stents*, con buenas aposición y simetría y ausencia de distorsión (fig. 1C). No se trató la coronaria derecha, ya que no había isquemia inferior en la SPECT con ^{99m}Tc -mibi. A los 9 meses del procedimiento, se detectó por TC de 64 cortes la presencia de múltiples fracturas circunferenciales en dos *stents* (una fractura en el medial y dos fracturas en el distal) (fig. 1D). Tras 18 meses el paciente se mantiene asintomático y en tratamiento con doble antiagregación.

La etiología de las DCE se puede dividir en aterosclerótica y no aterosclerótica; ésta suele predominar en mujeres jóvenes sin factores de riesgo y durante los períodos de embarazo y parto. Probablemente las DCE ateroscleróticas tengan mejor pronóstico debido al desarrollo de circulación colateral en una enfermedad coronaria crónica¹. Aunque el papel etiológico del consumo esporádico de cocaína es más que probable en este caso, las DCE son ateroscleróticas, dado que el paciente presentaba ateromatosis difusa tanto por angiografía como por IVUS, y su cronicidad se puede deducir por la circulación colateral tan marcada, además de presentar dos factores de riesgo coronario. Aunque no se realizó IVUS antes del procedimiento, es poco probable que la lesión de TCI fuese otra disección o hematoma coronario, dado que no se evidenció por IVUS ninguna afección tras el *stent* en el segmento medio-distal del TCI o ADA proximal, salvo ateromatosis difusa. También se puede especular que el tratamiento percutáneo con *stent* de las DCE ateroscleróticas es más favorable que el de las no ateroscleróticas, en las que la propagación de la disección y/o el hematoma coronario es común y puede resultar fatal¹.

La otra curiosidad del caso son las fracturas de los *stents* recubiertos de sirolimus a medio plazo. Se trata de una complicación rara, con una incidencia aproximada del 2,5%, que conlleva alto riesgo de reestenosis focal^{2,3}. En este caso, las angulaciones pronunciadas en el segmento medio de la ADA que originan fuerzas de cizallamiento en esos puntos, la posdilatación a alta presión y el uso de *stents* largos y solapados fueron probables factores de pre-

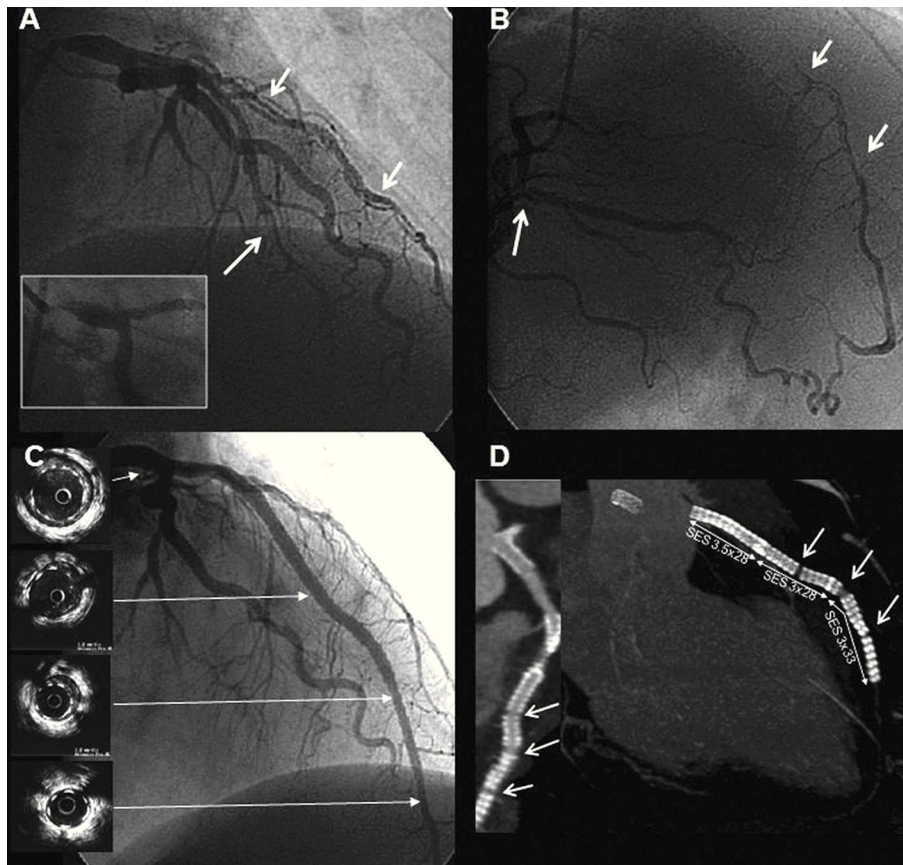


Fig. 1. A: angiografía del sistema izquierdo que muestra las disecciones en la arteria descendente anterior media y diagonal; en el recuadro, la lesión de tronco a mayor aumento. B: la coronariografía derecha muestra disección en el segmento distal y la circulación colateral a la arteria descendente anterior (las flechas muestran las disecciones). C: la coronariografía izquierda muestra el resultado final y en los recuadros las imágenes de IVUS muestran la correcta aposición y la expansión de los stents. D: la tomografía computarizada de 64 cortes ilustra las tres fracturas, una en el medial y dos en el distal. SES: *stent* liberador de sirolimus.

disposición a las fracturas. Además de éstos, en la literatura se describen otros factores como la localización en injertos de safena, a nivel de la coronaria derecha, bifurcaciones y la estructura del *stent*; el Cypher (Cordis, Johnson & Johnson) es el más frecuentemente descrito y se ha propuesto que el diseño de celda cerrada, que proporciona más rigidez, podría ser determinante^{2,3}. Inicialmente, en nuestro caso, esta complicación no se asoció a reestenosis, aunque las consecuencias a más largo plazo son desconocidas. Como ilustramos, la TC multicorte es una técnica adecuada para el diagnóstico y el seguimiento de esta rara complicación.

Ángel Sánchez-Recalde^a, Gabriela Guzmán^b, Eduardo Armada^c y Raúl Moreno^a

^aSección de Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^bUnidad de Imagen Cardíaca. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^cUnidad de Cuidados Cardiológicos Agudos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celik SK, Sagcan A, Altintig A, Yuksel M, Akin M, Kultursay H. Primary spontaneous coronary artery dissections in atherosclerotic patients. Report of nine cases with review of the pertinent literature. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001;20:573-6.
2. Aoki J, Nakazawa G, Tanabe K, Hoyer A, Yamamoto H, Nakayama T, et al. Incidence and clinical impact of coronary

stent fracture after sirolimus-eluting stent implantation. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2007;69:380-6.

3. Lee MS, Jurewitz D, Aragon J, Forrester J, Makkar RR, Kar S. Stent fracture associated with drug-eluting stents: clinical characteristics and implications. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2007;69:387-94.